

# ZÁZNAM O ÚRAZU – HLÁŠENÍ ZMĚN

Evidenční číslo záznamu:

Evidenční číslo zaměstnavatele:

## Údaje o zaměstnavateli, který záznam o úrazu odeslal

Název zaměstnavatele:	IČO:
	Adresa:

## Údaje o úrazem postiženém zaměstnanci a úrazu

Jméno a Příjmení:	Datum úrazu:
Datum narození:	Místo kde k úrazu došlo:
Hospitalizace úrazem postiženého zaměstnance přesáhla 5 kalendářních dnů: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Trvání pracovní neschopnosti následkem úrazu: od:                      do:                      celkem kalendářních dnů:	
Úrazem postižený zaměstnanec na následky poškození zdraví při úrazu zemřel dne:	
Jiné změny:	

Úrazem postižený zaměstnanec	_____ datum, jméno, příjmení a podpis
Zástupce zaměstnanců pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci	, _____ datum, jméno, příjmení a podpis
Za odborovou organizaci	, _____ datum, jméno, příjmení a podpis
Za zaměstnavatele	_____ datum, jméno, příjmení a podpis pracovní zařazení:

